UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1955 — N° 88

LA MALADIE DE MONDOR

(Chaire de Pathologie Générale et Expérimentale,
Professeur R. SARIC.)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1955

PAR

Germain-Louis-Marcel-Marie DUPEYRON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

Né à Tunis (Tunisie), le 21 Juin 1931.

Examinateurs de la Thèse :

MM. SARIC, professeur..... *Président*
CREYX, professeur.....
BONNIN, professeur..... *Juges*
LAVIGNOLLE, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0019

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1955 – N° 88

LA MALADIE DE MONDOR

(Chaire de Pathologie Générale et Expérimentale,
Professeur R. SARIC.)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1955

PAR

Germain-Louis-Marcel-Marie DUPEYRON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

Né à Tunis (Tunisie), le 21 Juin 1931.

Examinateurs de la Thèse :

MM. SARIC, professeur..... *Président*
CREYX, professeur.....
BONNIN, professeur..... *Juges*
LAVIGNOLLE, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J.TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie),
Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER / QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN / LENG-LÉVY / MORETTI / LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ / VILLAR / TINGAUD / DEPAULIS
Obstétrique	CHASTRUSSE / FAUGÈRE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER / PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DU MÉDECIN-COLONEL

GERMAIN DUPEYRON

MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

Sa vie, qui fut celle d'un officier conscient de ses obligations, et celle d'un médecin dévoué, sera pour moi un exemple.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CRABIT

Que nous remercions de l'aimable collaboration qu'il a bien voulu nous apporter.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1re CLASSE TABET

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX MARITIMES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
COMMANDEUR DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE CONSTANS

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX MARITIMES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE 1939-1945

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAVIGNOLLE

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BONNIN

PROFESSEUR DE MÉDECINE TROPICALE
ET CLINIQUE DES MALADIES EXOTIQUES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHEVALIER DU MÉRITE MARITIME

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CREYX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SARIC

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET EXPÉRIMENTALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Que nous remercions très sincèrement de sa bienveillante compréhension.

LA MALADIE DE MONDOR

INTRODUCTION

Nous avons l'intention d'étudier ici une affection vasculaire connue sous le nom de maladie de Mondor. C'est en effet celui-ci qui la décrivit en 1939, sous les termes de « longue angéite sous-cutanée et indurée de la paroi thoracique » [19].

Aujourd'hui, nous savons qu'il s'agit d'une thrombophlébite ou d'une périphlébite de l'un des vaisseaux du réseau veineux superficiel thoraco-abdominal. La veine atteinte dans les cas les plus typiques est la veine thoraco-épigastrique.

A propos justement de l'observation personnelle de l'un de ces cas et de quelques observations connues, nous allons essayer de faire le point de l'état actuel des connaissances se rapportant à la maladie de Mondor.

OBSERVATIONS

Observation I

(Mondor (H.). — Tronculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale. *Mém. Acad. Chir.*, 1939, **28,** 1271-1278.)

Mme D..., trente ans, entre, le 30 mars 1933, à Bichat, sur le conseil de son médecin, à cause d'un « petit cordon dur sous le sein gauche », dont la malade s'est aperçue deux mois environ auparavant.

Elle invoque, avec plus de vraisemblance que bien d'autres malades, un traumatisme. A la suite d'une chute sur le rebord d'une caisse, la paroi thoracique gauche ayant fortement heurté le rebord de cette caisse, la malade a ressenti des douleurs au niveau de l'extrémité antérieure des premières côtes, douleurs exagérées par l'inspiration profonde. La malade ne peut préciser si le sein gauche a lui aussi été meurtri.

Quatre ou cinq jours après cet accident, se développa, dans la région sous-mammaire gauche, une réaction d'allure subaiguë dont la malade précise fort bien les caractères.

Il s'agissait d'un cordon ferme, descendant verticalement sous la peau de la région thoracique, depuis la base du sein jusqu'au rebord costal. Par places, sur le cordon, la peau était rouge.

Sur le trajet de ce cordon d'apparence fibreuse, on pouvait palper trois petits nodules plus durs, l'un juste sous le pli sous-mammaire, l'autre quelques centimètres plus bas, le dernier plus bas encore. Quant au sein lui-même, il ne participait nullement à cette réaction : volume et consistance en étaient normaux. Aucun hématome profond, aucune ecchymose à son niveau. Rien qui conduise à penser à un granulome lipophagique.

Toute la zone réactionnelle était douloureuse spontanément, davantage par la pression directe ou par la pression à distance sur le sein, celui-ci restait indolore.

Pas d'élévation de la température générale, mais chaleur locale nettement accrue. Vers le 25 mars, au bout d'un mois et demi à peu près, à la suite d'une exacerbation de tous les phénomènes douloureux, la réaction inflammatoire disparut assez brusquement; on ne sentit plus les petits nodules sur le trajet du cordon, seul celui-ci resta perceptible; à son niveau, la peau était redevenue de couleur normale.

Le 30 mars 1933, la malade est venue à la consultation externe de l'Hôpital, où M. Mouchet, hésitant à repousser l'idée d'un squirrhe du sein, a jugé bon de l'admettre.

L'examen dans mon service a fait voir les signes suivants : en relevant un gros sein tombant de femme grasse et en tendant ainsi de bas en haut les téguments de la région sous-mammaire, on voit se dessiner nettement, sur la paroi thoracique, une sorte de relief linéaire qui descend à peu près verticalement, sur 20 à 25 cm environ de longueur, allant du sein au rebord costal inférieur. A la palpation, on sent un cordon induré de 2 à 3 mm de diamètre qui fait, sous le doigt, la saillie d'un petit crayon; ce cordon est à peine douloureux, il donne la sensation que donnerait, avec son diamètre approximatif et à peu près sa consistance, une sonde urétérale ou, mieux, une plume d'oie fixée, faufilée sous la peau et au plus près de celle-ci. Lorsqu'on ne tend pas les téguments, il semble, au niveau de ce tractus induré, que la peau lui soit assez intimement adhérente : par places de 1 cm, de 2 cm, en trois points, la peau est même légèrement déprimée, rétractée par le cordon adhérent.

Lorsqu'on tend les téguments excentriquement, le cordon fait une saillie rectiligne plus nette encore, en quelque sorte filiforme. En deux ou trois points, là où la peau est rétractée, la consistance est plus dure, plus résistante. L'adhérence cutanée est si nette que, pour un chirurgien d'expérience comme M. Mouchet, cette infiltration en chapelet avait fait évoquer quelque propagation à la peau d'un cancer du sein ou une traînée de lymphangite cancéreuse. La peau est partout de coloration normale. Il n'est pas facile de la pincer au

niveau de cette sorte de bride rectiligne, mais il n'est pas plus facile de dire si c'est à cause d'une inclusion dans le derme ou de l'adiposité assez exceptionnelle de la malade.

L'examen prolongé et attentif du sein est tout à fait négatif; il n'y a pas le plus petit noyau suspect. Il semble devoir être mis hors de cause sans hésitation.

Pas de ganglion axillaire; pas de ganglion inguinal; aucune propagation cordonale sur la paroi abdominale. La malade ne présente aucune tare à retenir. Pas de syphilis. Pas d'accident tuberculeux dans ses antécédents. Pas de varices. Pas de phlébite ailleurs. Aucune lésion cutanée inflammatoire. Jamais de rhumatisme ou d'érythème.

Nous fîmes le diagnostic incertain de lymphangite tronculaire résiduelle ou de phlébite oblitérante. Mais nous ne trouvions, ni à l'une, ni à l'autre, de porte d'entrée de lésion originelle ou initiale.

Observation II

(Latarjet (M.). — Phlébite « en cordon » du sillon delto-pectoral. Rapport de Funck-Brentano. *Mém. Acad. Chir.*, 1951, **16** et **17**, 530-533.)

M. P..., quarante et un ans, entre dans le service de mon Maître, le Docteur Clavel, que j'avais l'honneur de remplacer, le 10 août 1949. Il présente une tuméfaction indurée du sillon delto-pectoral gauche, apparue à la suite d'un accident.

En effet, le 28 juillet 1949, en soulevant une lourde masse de fonte, le malade a ressenti une douleur en « coup de fouet » à la partie supérieure du membre supérieur gauche. Immédiatement est apparue une tuméfaction rouge, lie de vin, allongée verticalement à la face antérieure du bras et de l'épaule, très douloureuse, entraînant une impotence complète du membre. Le repos, quelques applications chaudes atténuent les signes fonctionnels, et la tuméfaction évolue rapidement, se résorbant en quelques jours et perdant son allure inflammatoire du début. Elle laisse derrière elle un cordon induré et sensible, que le malade rend responsable de douleurs sourdes, continuelles, gênant les mouvements de l'épaule et interdisant tout travail de force.

L'examen montre que ce cordon s'étend dans le sillon delto-pectoral, sur une hauteur de 10 cm environ; il a 1,5 cm de large. Il part du bord inférieur du grand pectoral et s'arrête à peu près au niveau de l'interligne scapulo-huméral. Ses limites supérieure et inférieure sont nettes, franches. La palpation de ce cordon montre sa dureté, et la pression ne le fait pas disparaître. Pas de fluctuation. En surface, la peau est un peu épaissie, paraissant adhérente au cordon, légèrement pigmentée.

L'examen du malade est par ailleurs négatif. La réaction de Bordet-Wasserman l'est également. On note seulement, sous les plans superficiels des membres supérieurs et inférieurs, des deux côtés, la présence de veines saillantes présentant çà et là de petites dilatations ampullaires que la pression du doigt fait disparaître.

On porte le diagnostic de thrombo-phlébite post-traumatique de la veine céphalique, et j'interviens le 11 août 1949.

Sous anesthésie générale, incision le long du sillon delto-pectoral, directement sur le cordon. Le clivage de la peau est aisé et n'entraîne aucune hémorragie. Je repère la veine céphalique à la partie inférieure de l'incision : elle pénètre directement dans une masse fibro-vasculaire, dont la surface est parsemée de boursouflures bleuâtres remplies de sang paraissant coagulé. Cette masse est superficielle, en avant de l'aponévrose dont on la clive aisément. En haut, elle plonge sous l'aponévrose et adhère à la surface des muscles. Ainsi isolé, le cordon n'est plus relié que par la veine céphalique qui y arrive en bas et le prolonge en haut. Je note l'absence complète de veines collatérales aboutissant au cordon veineux. Ligature de la céphalique aux deux extrémités. Fermeture complète après hémostase soigneuse.

Les suites de cette opération furent des plus simples, et le malade quitta le service six jours plus tard.

Je l'ai revu le 22 août 1950. Son incapacité professionnelle permanente à été fixée à 4 p. 100 en raison des douleurs qu'il a accusées pendant les six mois qui ont suivi l'opération. Le membre a un aspect normal. La musculature est bien développée. La cicatrice est souple, linéaire : on peut affirmer la guérison complète.

Examen de la pièce : la masse enlevée est constituée par un tissu d'aspect caverneux, avec des logettes multiples contenant du sang noir coagulé. Au centre, court un vaisseau bien individualisé, sauf à la partie moyenne où il se perd dans le tissu ambiant. Il semble bien s'agir d'une thrombo-phlébite.

Un fragment de tissu est examiné au point de vue bactériologique, sans donner lieu au développement du moindre microbe.

L'examen histopathologique (Docteur Plauchu) révèle que :

« Le fragment examiné est constitué par du tissu conjonctif dense contenant de vastes lacs sanguins tous thrombosés, sans parois propres. Au centre, une veine à paroi inflammatoire, à endothélium desquamé, et dont la lumière est complètement oblitérée par une thrombose récente. Quelques filets nerveux.

« Donc, phlébite avec état angiomateux du tissu conjonctif adjacent. »

Observation III

(Kapitanoff (M. G.), Sofia. — Rapport de Sicard. *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 939-941.)

Cinquante-deux ans, fonctionnaire, ressent en élevant le bras une légère douleur dans la moitié gauche du thorax et remarque à ce niveau, le lendemain, en se déshabillant, un cordon tendu sous la peau, se dirigeant de haut en bas, sans rougeur, sans gonflement, sans douleur.

Ce n'est qu'en soulevant le bras qu'on remarque nettement deux gouttières parallèles à la ligne médiane, ayant leur point de départ à 5 cm au-dessus du rebord costal et se dirigeant en bas pour se perdre insensiblement vers l'ombilic. Ce cordon, long de 25 cm et épais de 2 à 3 cm, est fixé à la peau et mobile sur les plans profonds. Pas de signes inflammatoires. Pas d'adénopathie axillaire. Leucocytose à 4.500 avec 44 p. 100 de polynucléaires.

Observation IV

(Kapitanoff (M. G.), Sofia. — Rapport de Sicard. *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 939-941.)

Cinquante ans, professeur. Remarque par hasard, sous la

peau de la paroi thoracique droite, deux cordons qui ne le gênent pas, ne sont pas douloureux et s'accentuent quand il lève le bras. Ils commencent à la hauteur du sein et se dirigent en bas pour se perdre vers l'ombilic. De 25 cm de long, de 2 à 3 cm d'épaisseur, ils disparaissent trois semaines plus tard.

Le traitement avait été 20 comprimés de sulfathiazol.

La seule notion traumatique retrouvée a été l'effort pratiqué pour fendre du bois pendant le mois qui a précédé l'apparition des cordons.

Malgré leur disparition, le malade continue à éprouver une sensation de striction.

Observation V

(Kapitanoff (M. G.), Sofia. — Rapport de Sicard. *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 939-941.)

Trente-cinq ans, médecin. Il s'agit d'une femme ayant découvert, par hasard, dans la partie supéro-externe du sein gauche, un cordon situé sous la peau, long de 10 cm et se dirigeant vers l'aisselle. Légèrement douloureux à la palpation, il ne relève d'aucune étiologie précise.

Bien qu'il n'existât aucune connexion avec la glande, l'idée d'un cancer inquiéta la malade, mais, après deux semaines d'application de compresses chaudes, le cordon disparut.

La malade est une sportive et est prédisposée aux phlébites. Elle a déjà eu une phlébite de la veine saphène interne qu'elle explique par le frottement d'un pantalon de ski (?).

Observation VI

(Kapitanoff (M. G.), Sofia. — Rapport de Sicard. *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 939-941.)

Trente-huit ans, femme de médecin. Ayant subi une amputation du sein gauche pour cancer, suivie d'une petite suppuration de la plaie, elle remarque, un mois plus tard, en soulevant le bras, en dehors de la cicatrice opératoire, deux cordons sous-cutanés longs de 10 cm. Au milieu de la cicatrice, se trouvait une petite surface de granulations, mais sans contact direct avec les cordons dont les extrémités se perdent insensiblement.

Observation VII

(Kapitanoff (M. G.), Sofia. — Rapport de Sicard. *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 939-941.)

Trente ans, cuisinière. Après l'ablation d'une petite tumeur de la moitié externe du sein droit (kyste bénin), ressent, trois semaines plus tard, une douleur à l'effort et en soulevant le bras, puis remarque sous le sein deux cordons tendus sous la peau et se dirigeant vers l'abdomen.

En soulevant le sein, on aperçoit deux cordons se perdant à 5 cm au-dessus de l'ombilic. Ils sont indolores, sans modification de la peau et sans adénopathie.

Observation VIII

(Kapitanoff (M. G.), Sofia. — Rapport de Sicard. *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 939-941.)

Trente-huit ans, ménagère. Opérée deux ans auparavant d'un adénome du sein gauche, constate en se lavant, sous le sein gauche, deux cordons durs et indolores qui commencent à quelques centimètres sous le mamelon, se dirigeant de haut en bas pour se perdre à la hauteur de l'ombilic.

En soulevant le sein vers le haut, ces deux cordons font fortement saillie.

La seule notion étiologique est un effort répété en montant du charbon de la cave pendant les jours qui ont précédé l'apparition des cordons.

Observation IX

(Sicard. — Une observation de Touzard et Darbon (Armée). *Mém. Acad. Chir.*, 1950, **34** et **35**, 941-945.)

M..., trente-cinq ans, militaire de carrière, vient nous consulter à la fin de mai 1950 pour une induration des téguments de la paroi thoraco-abdominale. Le début remonte à un mois. En pleine santé et à l'occasion du geste tout banal qui consiste à prendre sans effort un objet léger haut situé, le sujet ressent une discrète douleur à quelques centimètres

au-dessous du sein gauche. Cette douleur, d'intensité légère, persiste une semaine, stationnaire, ne s'accompagnant d'aucune modification locale objective, d'aucun trouble fonctionnel ni général. Le dixième jour, la douleur disparaît en même temps que se manifeste un petit cordon sous les téguments de la région sous-mammaire externe gauche. Les jours suivants, ce cordon semble émettre des prolongements et des branches de division vers le haut, au voisinage du bord inférieur du grand pectoral, et surtout vers le bas en direction de l'ombilic, dépassant nettement le rebord des fausses côtes.

En l'absence de douleur, de gêne fonctionnelle et de troubles généraux, c'est le caractère envahissant de la lésion qui inquiète le sujet. Nous examinons cet homme robuste et bien constitué, qui n'avoue aucun antécédent remarquable, aucun épisode fébrile récent ou actuel, aucun passé phlébitique, et nous constatons l'existence d'une sorte de réseau fibreux sous-cutané, plexiforme, s'étendant de la région mammaire externe gauche jusqu'au voisinage de l'ombilic, donc de situation thoraco-abdominale antéro-latérale gauche, à grand axe oblique en bas et en dedans, à cheval sur le rebord chondro-costal, de 25 cm de long environ et de 3 à 4 cm de large dans sa portion la plus étalée : les extrémités de ce réseau plexiforme sont représentées par un cordon unique, tandis que le centre constitue un véritable lacis comportant deux ou trois chefs de file longitudinaux. Cette lésion, visible à la simple inspection, se dessine plus nettement, mais en dépression et non en relief, lorsqu'on tend les téguments dans le sens de son grand axe. A l'état de relâchement, on sent rouler sous le doigt des petits cordons durs de la grosseur à peine d'une mine de crayon de couleur.

On ne constate aucun caractère inflammatoire; l'examen ne provoque aucune douleur. Il n'existe ni gêne fonctionnelle, ni douleur dans le jeu du grand pectoral. Pas d'adénopathie axillaire. Le sein est absolument normal. Pas de varices ni d'hémorroïdes. Pas de signes apparents d'insuffisance hépatique.

L'examen somatique général ne donne aucun renseignement. Tension artérielle : 14 - 9. Radiographie pulmonaire normale.

Hématologie. — Hématies : 5.200.000; leucocytes : 5.400; hématoblastes : 252.000; 52 polynucléaires neutrophiles; 48 mononucléaires, dont 38 lymphocytes et 10 monocytes. Temps de saignement : deux minutes et demie; temps de coagulation : trois minutes.

Une biopsie est acceptée. Faisant, à quelques centimètres du mamelon, une incision curviligne transversale aux cordons principaux, nous sommes surpris de ne trouver d'emblée aucun élément fibreux dans la plaie opératoire. Le tissu cellulaire paraît, en tous points, normal. Nous finissons par découvrir une petite corde violacée, tendue dans le grand axe de la lésion, de la section d'un catgut de moyen calibre. De nombreuses coupes seront pratiquées sur ce cordon, ainsi que sur des fragments de tissu cellulo-adipeux.

Pour prévenir toute complication infectieuse locale ou à distance, nous circonscrivons la plaie opératoire d'infiltrations sous-cutanées de pénicilline. Les suites sont favorables : apyrexie, cicatrisation *per primam*. Aucun épisode inflammatoire ou phlébitique dans les jours et semaines qui suivent.

Examen histologique. — Des coupes en série ont été colorées à l'hématéine-éosine, à l'hématoxyline phosphotungstique de Mallory et au Weigert.

L'examen des diverses préparations révèle des renseignements d'intérêt très inegal.

1° D'une part, les fragments les plus volumineux sont constitués exclusivement par un tissu scléro-adipeux et ne montrent pas d'images de vaisseaux thrombosés. Le tissu cellulaire lâche est parcouru par de larges travées fibreuses dessinant un réseau à larges mailles; ce tissu conjonctif offre l'image de la sclérose adulte; fibroblastes rares, substance fondamentale dense. Le Weigert y montre de rares fibrilles élastiques; quelques vaisseaux de petit calibre, tels qu'on les rencontre habituellement dans les tissus sous-dermiques, y sont apparents, parfois accompagnés de minces filets nerveux; ils semblent tous perméables, leurs parois n'offrent aucune altération visible, des hématies occupent leurs lumières. A la périphérie, quelques suffusions sanguines parsèment le tissu adipeux, leurs caractères les font rattacher au traumatisme chirurgical.

Un seul des fragments paraît contenir un vaisseau important.

Des coupes pratiquées en série ont permis de le suivre de bout en bout. Il s'agit d'un cordon entièrement fibreux environné du reste de tissu scléro-adipeux, rappelant tout à fait celui des fragments précédemment décrits. Dans une des plages de ce tissu fibreux dense, sans qu'une paroi vasculaire quelconque puisse être individualisée, apparaît une zone absolument circulaire, comme taillée à l'emporte-pièce et constituée également par un tissu conjonctif dont les caractères s'opposent à ceux des tissus environnants. Il s'agit en effet de tissu conjonctif jeune, très riche en fibroblastes et en histiocytes dans une trame collagène relativement lâche; ce tissu s'oppose de façon nette au tissu fibreux environnant. La limite en est marquée par des fibroblastes, très allongés et juxtaposés bout à bout, dessinant une ligne ininterrompue, comme tracée à la plume. De discrètes déhiscences, peut-être artificielles, qui longent cette limite, augmentent encore le contraste entre les deux zones.

Dans la partie centrale, une cavité ovalaire est visible, et elle contient quelques leucocytes. Il n'a pas été vu d'hématies; sa paroi paraît formée par une condensation du tissu; cette cavité (nous n'osons prononcer le nom de lumière) n'a pu être suivie sur toutes les coupes, dont certaines paraissent complètement pleines. Par ailleurs, quelques capillaires sont visibles à l'intérieur du tissu conjonctif central. Même par la coloration de Weigert, on ne peut pas individualiser de paroi vasculaire.

Cette enclave circulaire de conjonctif jeune apparaît taillée dans un bloc fibreux, en particulier aucune fibre élastique n'a pu être colorée dans la paroi; il peut s'agir d'un vaisseau entièrement thrombosé dont la lumière est réhabitée par un tissu conjonctif jeune qui se différencie du tissu environnant.

On ne saurait préciser qu'il s'est agi d'une veine ou d'un lymphatique, il est à peu près certain qu'il ne puisse s'agir d'une artère, étant donné la disparition totale de fibres élastiques. Il est à noter qu'aucune formation vasculaire ou nerveuse n'est visible dans le voisinage de ce cordon.

Le sujet est revu fin août 1950, soit près de quatre mois

après le début de son histoire. La lésion a presque complètement disparu. Seul en persiste le segment abdominal. Aucun trouble fonctionnel ou général.

Observation X

(Ferron (E.), de Pau, et Sénéchal (J.-J.), d'Asson. — Maladie de Mondor. *Bordeaux Chirurgical*, 1949, fasc. 2, 60-61.

Mme C... (Antoinette), trente-cinq ans, nullipare, nulligeste, ressent brusquement, en s'asseyant, dans la soirée du 20 septembre 1947, une vive douleur thoracique droite, sous-mammaire. Elle est en vacances et a fait dans l'après-midi une promenade sous une pluie battante, glaciale. Cette douleur est à son maximum d'emblée et persiste. Quatre ou cinq jours plus tard elle s'aperçoit, en faisant sa toilette, de l'existence d'un cordon sous-cutané.

Pendant une dizaine de jours, pour se soulager, elle marchera en comprimant son thorax à deux mains.

La douleur, non augmentée par l'expiration profonde et la toux, s'irradie vers la région antéro-interne du bras et de l'avant-bras droit. Elle est exacerbée par l'élévation des membres supérieurs et par la palpation.

Dans les premiers jours d'octobre, à son retour de vacances, elle nous montre un cordon de la grosseur d'une plume d'oie, partant du rebord costal droit, à l'union du tiers externe et du tiers moyen, se perdant dans le sein, dans le quadrant inféro-externe. Ce cordon est dur, s'accompagne d'une légère périphlébite avec phénomène de la peau d'orange sur tout le trajet. Il commence et finit brusquement, sans transition, sans diminution de calibre. Il n'y a pas de modification de coloration de la peau, pas d'adénopathie. La douleur spontanée existe toujours, très atténuée.

Au début de novembre, cette jeune femme ne souffre plus, mais l'examen est hyperesthésiant.

C'est à ce moment, soit six semaines après le début de la maladie, que nous l'avons fait photographier.

Au repos, le cordon n'est presque plus apparent, mais la traction à ses deux extrémités le dessine nettement. Il rétracte la peau et détermine un léger sillon en creux.

Le 15 mai 1948, il persiste — huit mois passés — un cordon gros comme une allumette, raccourci, s'estompant aux deux extrémités; par une traction verticale on voit apparaître un sillon sur tout le trajet ancien. La pression n'est plus douloureuse. On perçoit, dans le quadrant inféro-externe du sein, une induration, comme un noyau de mammite. La malade déclare qu'à la fatigue le cordon redevient sensible.

Observation XI

(Ferron (E.), de Pau, et Sénéchal (J.-J.), d'Asson. — Maladie de Mondor. *Bordeaux Chirurgical*, 1949, fasc. 2, 60-61.

M. P... (Prosper), cinquante-six ans, en faisant, le 9 avril 1948, un effort pour arracher un piquet, ressent une douleur vive dans la région thoracique antéro-latérale gauche. Il pense s'être fait une déchirure musculaire.

La nuit, la douleur persiste, vive, continue, empêchant le sommeil. Elle est exacerbée par les mouvements de flexion-extension du tronc.

Le 12 avril, consultation : cordon phlébitique partant de la partie sous-costale de l'hypochondre gauche, remontant sur le gril costal, en dehors du mamelon, longeant le bord axillaire du grand pectoral et se perdant dans le creux axillaire où l'on ne perçoit pas de ganglions. La palpation est horriblement douloureuse. Le patient a remarqué lui-même l'existence de ce cordon, qu'il appelle un nerf.

Le 24 avril 1948, il a repris un travail peu pénible : garder des vaches. Il souffre encore un peu.

Le 15 mai 1948, il ne souffre pratiquement plus. Le cordon, bien que diminué de volume, est encore apparent.

Observation XII

(Observation personnelle.)

(Malade envoyé par le Docteur Crabit au Professeur Saric.)

Il s'agit de M. D..., trente-neuf ans, ouvrier agricole à Saint-Caprais (Gironde).

Il est marié et a deux enfants. Ceux-ci et sa femme se portent bien.

L'on ne relève rien de particulier dans ses antécédents, l'éthylisme mis à part. Il avoue, en effet, boire deux à quatre litres de vin par jour. Son sommeil, très agité, est entrecoupé de cauchemars.

Très fatigué par les travaux saisonniers, cet homme a beaucoup maigri. Aussi, un jour, accepte-t-il avec empressement de prendre place sur le siège arrière d'une motocyclette dont le conducteur le ramène chez lui. Mais, ne pouvant abandonner sa bicyclette, il décide de la porter sur l'épaule droite pendant le trajet. Il s'agit d'une machine très lourde qui lui martèle l'épaule.

Dix jours après cette randonnée, il ressent des fourmillements au niveau de l'hémithorax droit. S'examinant, il aperçoit, au niveau du grand pectoral, un cordon dur « entre la chair et la peau ». Ce cordon s'étend peu à peu et se ramifie. Chose curieuse, le point de départ du cordon est mamelonnaire. C'est alors qu'est réalisé l'aspect que l'on peut étudier sur le dessin du Docteur Crabit. Le malade l'a en effet consulté. Sur ses conseils, le malade vient voir M. le Professeur Saric. Celui-ci hésite à porter un diagnostic et surtout un pronostic. Prenant connaissance de l'article d'André Thomas [31], il fait le rapprochement qui s'impose et porte le diagnostic de maladie de Mondor.

De fait, l'évolution fut bénigne et sans complications. Six mois plus tard, toute trace de cordon avait disparu.

Le malade est actuellement en excellente santé.

LA MALADIE DE MONDOR

(Docteur CRABIT)

Forme en "chute d'eau"

ÉTIOLOGIE

INFLUENCE DU SEXE OU DE L'AGE

La maladie de Mondor se développe sans marquer de prédilection exclusive pour tel sexe ou tel âge. Il semble toutefois que les adultes et, parmi eux, les femmes soient plus fréquemment atteints [12].

TRAUMATISMES

Par contre, les traumatismes semblent constituer un facteur étiologique plus important.

C'est ainsi que l'on a pu voir une maladie de Mondor chez une femme qui s'était meurtrie la poitrine en tombant sur l'angle d'une caisse [20].

Une autre malade invoquait « la trituration nerveuse » de l'un de ses seins au cours d'une rixe [18, 28].

Dans une observation de Latarjet [9], une phlébite en cordon du sillon delto-pectoral apparut à la suite d'un effort extrêmement violent. C'est aussi le cas du malade de Chevrier [3, 12].

Le rôle des microtraumatismes est mis en évidence dans une auto-observation d'André Thomas [31]. Mondor cite un radiologue qui rendait le bord de son tablier de plomb responsable du développement d'un cordon thoracique [24].

Une malade de Kapitanoff (Sofia), elle-même médecin, vit se développer un cordon sous-cutané et induré sur l'un

de ses membres inférieurs : le frottement d'un pantalon de ski constitua l'étiologie vraisemblable de cette curieuse affection [30].

INFECTIONS

Nous relevons que les causes infectieuses sont fréquemment observées.

Michel et Saint-Paul ont rencontré la maladie de Mondor chez des malades qui présentaient une hidrosadénite axillaire homolatérale, une adénite axillaire subaiguë [18]. Ils en ont étudié un exemple chez une malade en pleine éruption secondaire syphilitique [18].

Un malade d'Enjalbert, Ruffie et Commanay présentait dans le même temps une uréthrite staphylococcique. Le traitement de l'uréthrite et sa guérison coïncidèrent avec la résorption du cordon thoracique [4].

La maladie de Nicolas-Favre a pu constituer l'étiologie de la maladie de Mondor [25].

Les opposant à ces phlébites « septiques », Michel et Saint-Paul estiment qu'il peut y en avoir d'aseptiques, réalisées par l'injection de médicaments caustiques (salicylate de sodium) [18].

INTERVENTIONS

Il arrive que l'on voit apparaître une maladie de Mondor dans les suites d'une intervention.

Une malade de Calvet présenta un cordon thoracique à la suite de l'extirpation économique d'une tumeur maligne du sein que l'on supposait bénigne. Il ne s'agissait pas de l'extension à la peau d'un processus néoplasique sous-jacent, ni d'une lymphangite cancéreuse [22].

Chez l'un des malades de Michel et Saint-Paul, c'est dans les suites de la cure chirurgicale d'une hernie que se développe cette affection [18]. Il existait dans le même

temps une artérite des deux membres inférieurs, à son début.

L'appendicectomie (Leger) [21], l'ablation d'un sein cancéreux (Moulonguet) [21], l'extirpation d'un kyste du sein (Huet) [21], l'ablation d'un goitre plongeant rétrosternal, médian (Brocq) [21] semblent également constituer l'étiologie possible de certains cas de maladie de Mondor.

Fabre (de Verneuil) cite le cas d'une femme chez laquelle cette affection apparut à la suite de l'ablation d'un molluscum enflammé axillaire. Il existait une atteinte sévère de l'état général [21].

ÉTATS DE DÉNUTRITION

Citons enfin le rôle que peuvent jouer les états de dénutrition. C'est le cas d'un malade de Chevrier [3]. C'est aussi celui de gens ayant extrêmement maigri [31].

A l'opposé, Mondor décrit des phlébites en cordon du thorax et de l'abdomen, chez des sujets en excellente santé : une championne de tennis [20] et un homme athlétique [20].

Voici donc les principaux facteurs étiologiques de la maladie de Mondor : traumatismes, infections, états carentiels, actes opératoires. Disons de suite que, bien souvent, il est impossible de trouver une étiologie vraisemblable à cette affection.

La maladie de Mondor peut fréquemment revêtir l'allure d'une affection cryptogénétique.

*
**

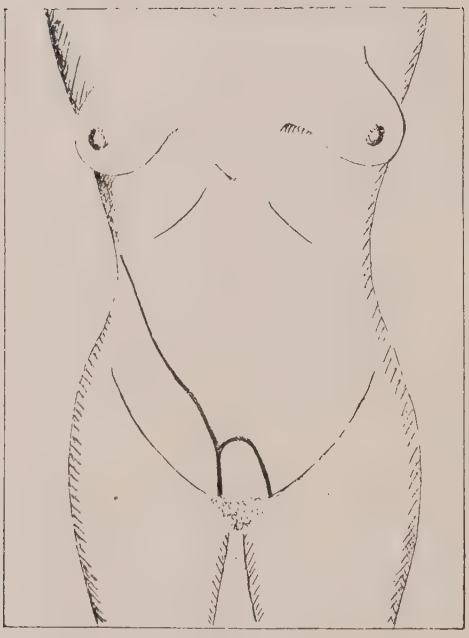


Fig. 1.

Nous figurons ici, en marge de l'étiologie, le schéma d'un cordon abdominal sous-cutané, induré et douloureux, répondant approximativement au trajet de la veine tégumenteuse principale et des veines honteuses externes. Il apparut chez une malade du Professeur Saric. Cette malade, asystolique, avait un gros foie cardiaque.

Cet aspect semble bien correspondre à une maladie de Mondor, laquelle pourrait donc être parfois la thrombose d'un vaisseau ectasié.

CLINIQUE

DÉBUT

Il est bien rare que la maladie de Mondor débute brutalement. C'est pourtant le cas d'un malade de Latarjet [9] chez lequel apparut une tuméfaction, d'allure inflammatoire, du sillon delto-pectoral, à la suite d'une douleur en « coup de fouet ».

En général, le début est insidieux : l'affection est alors une découverte d'examen systématique ou de toilette [31].

Parfois, c'est une sensation de gêne, de « peau trop courte » qui éveille l'attention du malade [12].

SIGNES PHYSIQUES

La manifestation objective de la maladie peut être une fine gouttière entamant la peau. Cette éventualité est rare [30, 20]. Par contre, dans la quasi totalité des cas, il apparaît un cordon qui constitue l'essentiel de l'affection et dont nous allons étudier les caractères.

Siège. — Le siège en est habituellement thoracique ou thoraco-abdominal. C'est celui-ci qui répond à ce que nous appellerons la forme typique de la maladie de Mondor.

D'autres localisations sont possibles au niveau du sillon delto-pectoral [9, 15], du territoire de la veine jugulaire externe, de la jambe, du pli inguinal [8, 3]. Aux membres, l'affection a été décrite sous le nom de « phlébite en ficelle ». Cette assimilation est classique. En effet, pour

Funck-Brentano, « il semble bien que la localisation thoracique de l'endo-phlébite en cordon ne soit pas une condition impérative du syndrome » [15]. C'est aussi l'avis de Gueulette et de Ménégaux [15, 9]. D'ailleurs, Mondor écrit : « Les sièges jugulaire externe, delto-pectoral, jambier pour de semblables cordons invitent à penser que les phlébites superficielles « en ficelle » méritent d'être retenues et dépistées » [9].

Origine. — Le point de départ du cordon n'est pas net. Son émergence peut se faire aux alentours du mamelon [30] (Kapitanoff).

Nous-même avons fourni un exemple de point de départ mamelonnaire.

Mais, en principe, l'émergence du cordon se fait au niveau du pli sous-mammaire [8].

Direction. — De là, le cordon va se diriger :

— Obliquement, vers l'ombilic [29, 30] (Kapitanoff) ;

— Verticalement, vers l'arcade crurale [12] ;

— Vers l'aisselle, plus rarement (direction « axillo-mamellaire ») [30].

Dimensions. — La longueur de ces cordons est de 20, 30 ou 40 cm [12]. Leur diamètre est de 2 mm environ, à quelques rares exceptions [9].

Mode de terminaison. — Les extrémités de ce cordon se perdent le plus souvent d'une manière insensible dans le tissu environnant [12]. Il peut exister à leur niveau des ramifications [18, 12].

Pascalides a décrit un mode de terminaison « en médaillon » réalisé par la présence, au niveau du bout distal du cordon, d'un peloton veineux [8].

Consistance. — La palpation révèle que ce cordon est de consistance « fibreuse, indurée, presque cartilagineuse » [12].

La sensation évoquée alors est celle d'une « fine plume d'oie », d'un « petit crayon », d'une « sonde urétérale » faufilée sous la peau au plus près de celle-ci [13].

Parfois, un palper attentif révèle que la régularité du cordon est rompue par la présence de petits nodules [22].

Nombre. — En principe, le cordon est unique, mais il peut être double [30] (Kapitanoff). Deux cordons unis par des ponts anastomotiques constituent la forme « réticulaire ». Il n'est pas exceptionnel d'observer plus de deux cordons [30] (Touzard et-Darbon).

Adhérence à la peau. — Bien plus important, à notre sens, est le problème de l'adhérence du cordon aux téguments. Il a pu, en effet, soulever de délicates questions de diagnostic différentiel.

Assez souvent, la peau adhère, par places, au cordon. Il existe alors un véritable « capitonnage », une sorte de phénomène de « peau d'orange » [12]. La peau peut être « avalée » vers la profondeur [12, 20]; c'est à cet « avalement », donc à cette adhérence qu'il faut vraisemblablement rattacher l'aspect « en sillon » de certaines maladies de Mondor. Si l'on exerce une traction sur l'une des extrémités du cordon, il peut se produire, au niveau des téguments du côté opposé, un « aspect zébré » [18] : c'est là une preuve supplémentaire de cette adhérence. Mais si l'adhérence du cordon à la peau est manifeste, il ne semble pas, par contre, qu'il y ait une adhérence marquée aux plans profonds : les tractions perpendiculaires à l'axe du cordon mobilisent en effet celui-ci et rendent son relief plus net [22]. La même manœuvre peut dessiner ce relief en creux [30] (Touzard et Darbon).

Modifications locales des téguments. — La peau semble plus dure au niveau des plaques d'adhérence [22]. Elle peut être rouge et chaude [9, 12]. Le plus souvent, il n'existe pas de réaction inflammatoire notable de la peau [12].

Quelques aspects de la maladie de Mondor. — Un des caractères de cette affection est la grande diversité de ses formes, du point de vue de la morphologie.

QUELQUES ASPECTS

FIG. 2.

D'après une observation de MAZINGARBE [29].

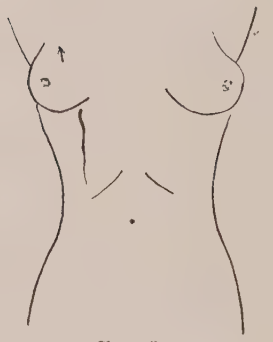


FIG. 3.

Exemple de cordon thoracique [7].

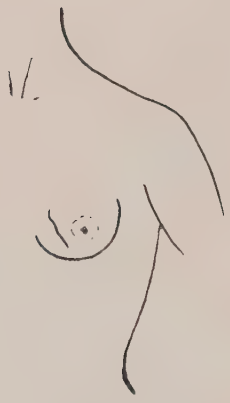


FIG. 4.

Forme « pré-mammaire » (MONDOR) [24].

FIG. 5.

Forme « pendulaire » (observation de PASCALIDES) [8].

A MALADIE DE MONDOR

Fig. 6.

Forme réticulaire [21].

Fig. 7.

Cordon
du sillon delto-pectoral [9].

Fig. 8.

Phlébite « en ficelle » [18].

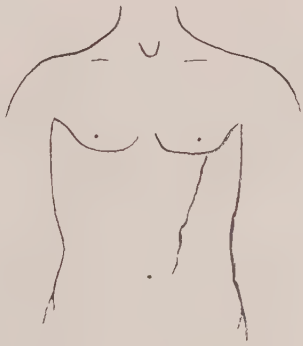


Fig. 9.

Exemple de cordon thoraco-abdominal, se dirigeant vers l'ombilic [30].

Il existe toutefois quelques types fréquents, d'autres curieux. Citons parmi les premiers la forme « réticulaire » que nous avons vue plus haut [24]. Parmi les secondes, nous avons la forme « pendulaire » de Pascalides, réalisée par la présence d'un « médaillon » à l'extrémité d'un cordon oblique en direction de l'ombilic [8].

Nommons la forme « pré-mammaire » que peut réaliser un fin sillon à la face antérieure du sein : du fait de son aspect et de sa localisation, elle présente un gros intérêt de diagnostic [24].

SIGNES FONCTIONNELS

A la netteté des signes physiques s'oppose la pauvreté de la symptomatologie fonctionnelle.

La douleur spontanée est rare. Plus fréquente est la douleur provoquée. Mais, le plus souvent, il existe une indolence relative. Tout se borne alors à une sensation de gêne, de peau « trop courte » [12].

SIGNES BIOLOGIQUES

L'on a signalé une augmentation du taux des éosinophiles : 3,5 et 6 p. 100 [12]. Il est intéressant de remarquer que c'est l'un des signes des phlébites du membre supérieur.

SIGNES GÉNÉRAUX

C'est l'un des caractères les plus nets de la maladie de Mondor que l'intégrité habituelle de l'état général. Pourtant, l'on a pu voir la maladie de Mondor s'accompagner d'un cortège de signes dramatiques : épistaxis, purpura, hémorragie intestinale [12, 21].

Mais il s'agit là de cas exceptionnels et, en règle générale, cette affection a une allure extrêmement bénigne.

Son évolution se fait, en effet, vers la résolution totale et sans séquelles du cordon fibreux. La durée de cette maladie varie entre une semaine et un an. Elle est généralement de l'ordre de quelques semaines.

Braun-Falco [2] a décrit un mode d'évolution par poussées successives affectant chaque fois une localisation différente. Là encore, l'aboutissement est la guérison. Cette forme de maladie de Mondor n'est pas sans parenté clinique avec les septicémies veineuses subaiguës [27].

La bénignité de cette affection rend toute thérapeutique pratiquement inutile. Pourtant, l'extirpation du cordon sera recommandée chez certaines malades averties vivant dans la hantise du cancer. Cette pratique a, de plus, l'avantage de nous renseigner sur l'histologie de la maladie de Mondor.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif de la maladie de Mondor sera tout d'abord fondé sur les données de l'étiologie : traumatismes, traumatismes opératoires, infections et même développement en apparence spontané du cordon.

Les caractères du cordon seront très évocateurs :

C'est une découverte d'examen ou de toilette;

La gêne fonctionnelle qu'il occasionne est en général minime;

Son siège est thoracique ou thoraco-abdominal;

Il se dirige vers l'aisselle, l'arcade crurale ou l'ombilic;

Long de 20 à 40 cm, son diamètre est de 2 mm environ;

Sa consistance est « fibreuse, indurée, presque cartilagineuse »;

Il donne la sensation d'une « fine plume d'oie », d'un « petit crayon », d'une « sonde urétérale » fixée sous la peau;

Il adhère en effet aux téguments; par contre, il est relativement mobile par rapport aux plans profonds;

L'état général est en principe intact;

Affection d'allure chronique et bénigne, son évolution se fait vers la résolution totale et sans séquelles.

L'anatomie pathologique pourra quelquefois confirmer les données de la clinique en révélant qu'il s'agit, par exemple, de l'un des divers aspects d'une phlébite thrombosante au sein d'un « tractus conjonctif de structure assez variable » [24].

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons vu que la maladie de Mondor se caractérise essentiellement par le développement d'un cordon sous-cutané et induré [1].

LYMPHANGITES

De tels cordons peuvent être réalisés par de tout autres affections, et en particulier par les lymphangites.

A quels caractères pourrons-nous reconnaître celles-ci ?

La lymphangite du sein ne peut poser de problèmes : il n'y a pas de cordon, mais une plaque rouge et douloureuse.

Nous éliminerons également la forme habituelle (mais non classique) de la lymphangite réticulaire. Cette plaque inflammatoire, que circonscrit un dentelé « en carte de géographie », sera aisément reconnue [16].

Seules, donc, pourront être évoquées :

1° La forme classique de la lymphangite réticulaire [16] :

— Elle forme un réseau en lacis serrés;

— Il existe un œdème plus ou moins marqué, suivant l'importance du tissu cellulaire et sa laxité;

— Elle s'accompagne d'une sensation obtuse de cuisson et de douleur locale.

2° La lymphangite tronculaire [17] :

— Quelques traînées rouge vif, parallèles entre elles, reliées par des ponts anastomotiques;

(1) De semblables cordons pourraient être quelquefois dus à une mastite vestigiale (Moschowitz, *Annals of Surgery*, novembre 1933).

— Au palper, le vaisseau thrombosé est perçu sous la forme d'un cordon induré, moniliforme.

En outre, les lymphangites surviennent uniquement à la suite d'une plaie infectée. Elles s'accompagnent d'une atteinte variable, mais constante, de l'état général. Leur allure inflammatoire est manifeste. Enfin, elles peuvent évoluer vers la résolution, mais aussi se compliquer d'adénite suppurée, d'adéno-phlegmon, d'infection gangréneuse, de septicémies.

LYMPHANGITE CANCÉREUSE

La lymphangite cancéreuse mérite une mention spéciale. Il serait dangereux de la méconnaître. Comme elle ne peut guère poser de problèmes qu'au début de l'affection causale, la biopsie est un geste prudent. Il en est de même pour ce qui est de la propagation à la peau d'un néoplasme sous-jacent.

La question se complique si l'on se rappelle que maladie de Mondor et cancer ont pu coexister [22].

Le diagnostic de lymphangite rejeté, il nous restera à envisager l'importante question des phlébites superficielles.

CIRCULATIONS COLLATÉRALES

Avant de l'aborder, citons les circulations collatérales. Elles sont, bien entendu, facilement reconnaissables. Ce n'est tout de même pas là quelque chose de négligeable, car une phlébite peut fort bien se développer au niveau d'un vaisseau ectasié.

PHLÉBITES « PAR EFFORT »

Qu'il nous soit permis également de citer ici les phlébites « par effort ». Ce n'est pas une phlébite superficielle puisqu'elle atteint généralement les veines humérales et

axillaires. Nous pensons cependant que cette question mérite d'être envisagée.

En effet, von Schrotter, en 1884, a soutenu son origine traumatique, d'où le nom de phlébite « par effort » [17].

Mondor, en 1921, a fait le premier examen bactériologique du thrombus veineux, prouvé l'origine infectieuse de l'affection et préconisé l'intervention systématique [17].

Nous retrouvons donc dans l'étiologie de cette affection deux des facteurs essentiels de l'étiologie de la maladie de Mondor : traumatismes et infections.

Ce n'est pas là le seul point que ces phlébites ont de commun : il existe dans la phlébite « par effort » un cordon induré que réalise l'infiltration œdémateuse péri-veineuse.

Mais si nous avons abordé cette question, c'est surtout parce que bien des malades attribuent à un effort le développement de leur cordon induré sous-cutané. Ceci est très net en ce qui concerne le malade de Latarjet [9].

Bien souvent, la maladie de Mondor nous semble être une phlébite « par effort » des veines superficielles.

Cette digression terminée, envisageons donc la question du diagnostic des phlébites superficielles.

PHLÉBITES SUPERFICIELLES

Les péri-phlébites des variqueux sont bien connues. Elles ne se manifestent qu'aux membres inférieurs, et les antécédents du malade sont amplement évocateurs [27].

Les goutteux sont exposés à certaine variété de phlébite superficielle des membres supérieurs ou inférieurs. Elle se manifeste par une tuméfaction rouge, tendue, douloureuse et soudaine des veines sous-cutanées [27].

L'on connaît une phlébite superficielle bénigne survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu [27].

Il existe une phlébite syphilitique superficielle qui peut simuler un érythème noueux. Le contexte clinique et la sérologie seront d'un grand secours [27, 1].

A propos des phlébites superficielles des tuberculeux, nous aborderons, par contre, une question bien plus délicate. Il existe, en effet, entre certaines de celles-ci et la maladie de Mondor, une certaine similitude clinique. Ceci explique une polémique récente.

Aussi, l'étude de ces phlébites superficielles des tuberculeux s'impose-t-elle.

Elles furent l'objet de travaux où s'illustrèrent de nombreux auteurs et notamment Léon Bernard [1].

En 1929, Favre distingua dans le groupe de ces phlébites superficielles les « angéites segmentaires résolutives » et les phlébites « fil de fer ». Cette notion devait être reprise un peu plus tard par son élève, Huc [10].

Plus récemment, l'étude des phlébites « fil de fer » a fait l'objet d'un article de Michel et Saint-Paul [18].

Ce sont justement ces phlébites « fil de fer » dont nous allons rappeler les caractères : nous verrons que, par bien des points, elles rappellent la maladie de Mondor.

PHLÉBITES « FIL DE FER »

Etiologie. — Les vascularites « fil de fer » surviennent chez des malades porteurs de lésions tuberculeuses graves. Tel est, en particulier, l'avis de Favre, de Michel et Saint-Paul [5 et 18].

C'est également l'avis de Huc, à une nuance près : certains de ses malades étaient porteurs de lésions relativement bénignes. Huc suggère qu'il y aurait peut-être à incriminer également un facteur toxique : l'alcoolisme, fréquemment observé chez ses malades [10].

Histologie. — Pour Michel et Saint-Paul, il semble que les vascularites « fil de fer » se définissent sur le plan anatomo-pathologique, par « la présence, au sein d'une inflammation interstitielle discrète, d'amas lymphocytaires avec parfois de très belles cellules géantes » [18].

Une remarque s'impose à propos du terme « vascularite » : son emploi est motivé par l'atteinte à peu près constante des vaisseaux du voisinage [10 et 18].

L'aspect histologique que Michel et Saint-Paul décrivent aux vascularites « fil de fer » nous semble plutôt répondre aux « angéites segmentaires résolutives » [10].

D'ailleurs, Favre estime que le véritable aspect des phlébites « fil de fer » est celui que leur décrit Huc dans sa thèse [6]. Par conséquent, « il s'agit en somme d'une endophlébite chronique à réactions faiblement inflammatoires, qui a provoqué dans les bourgeons de l'endoveine une prolifération des fibres musculaires et du tissu conjonctif »... « Dans les autres tuniques veineuses, il n'y a pour ainsi dire nulle trace d'inflammation. On chercherait en vain l'infiltration cellulaire, les amas lymphoïdes. Nulle part nous n'avons trouvé de cellules géantes. » (Huc [10].)

Aspect clinique. — Sur le plan clinique, les vascularites « fil de fer » se caractérisent tout d'abord par leur localisation à tout un segment de membre. Il s'agit généralement du membre inférieur. Les vaisseaux atteints le plus fréquemment sont les veines tégumentaires du mollet. Mais il n'est pas rare d'observer une induration de la veine saphène interne : en ce cas, la veine peut être atteinte sur toute son étendue [10].

Il existe des phlébites « fil de fer » au niveau du membre supérieur. Il n'y en a jamais au thorax [19].

L'on n'observe jamais de réaction de voisinage : seule la veine est touchée.

Il n'y a pas d'œdème, et les troubles fonctionnels se limitent à une « vague sensation de gêne ou de lourdeur dans le mollet » [10].

Le cordon est « très dur, régulier, de petit calibre ». L'aspect réalisé est celui d'un fil de fer de 1,5 mm de diamètre, enchâssé sous la peau. Il n'adhère pas aux téguments et roule sous le doigt.

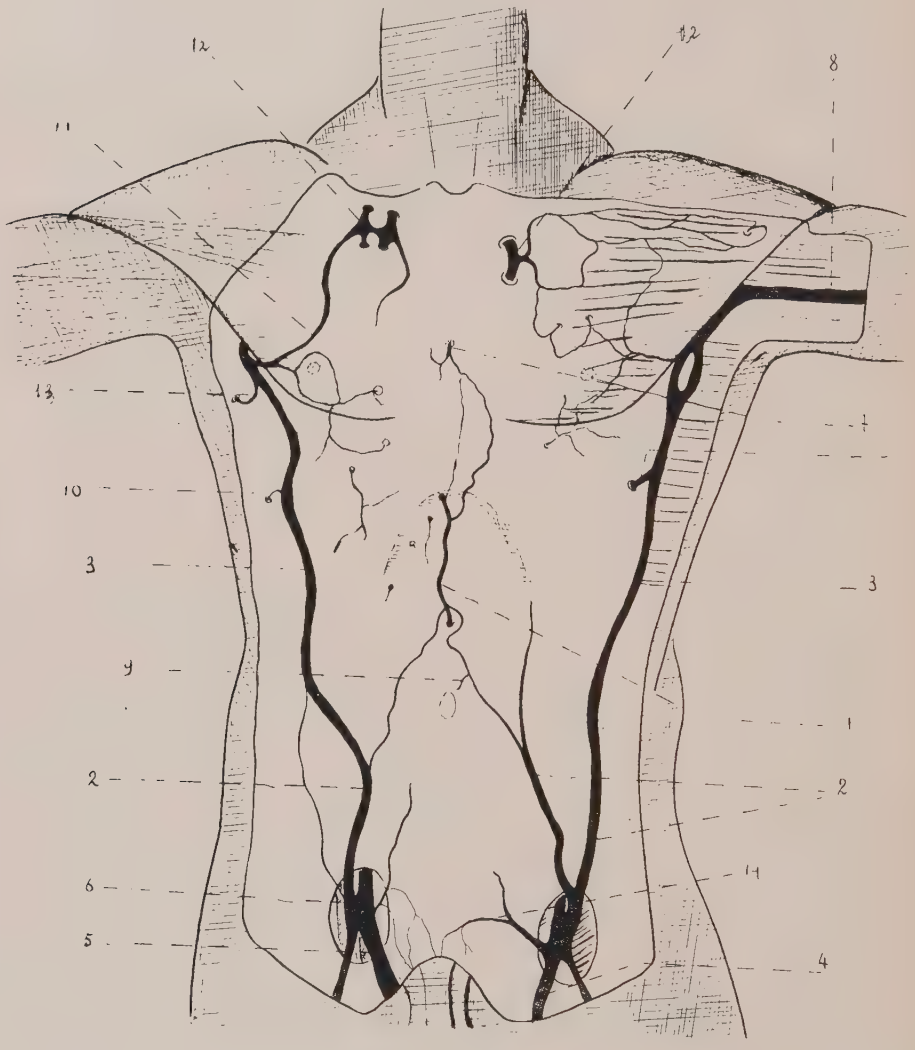
Enfin, ce cordon induré et sous-cutané est souvent une découverte d'examen ou de toilette.

Evolution. — D'après Léon Bernard [1], ces phlébites superficielles des tuberculeux sont des « localisations essentiellement épisodiques, passagères et sans conséquences locales sérieuses ». Elles ne donneraient jamais d'embolie [1]. Il s'agit donc de vascularites bénignes en soi. Elles sont pourtant de mauvais pronostic, du moins en ce qui concerne les vascularites « fil de fer ». L'apparition de celles-ci précède habituellement de peu l'exitus du malade [10].

Nous voyons donc que si les phlébites « fil de fer » rappellent par certains côtés la maladie de Mondor, elles présentent également certaines différences. Les traits caractéristiques de chacune de ces deux affections sont exposés dans le tableau ci-dessous. Ce tableau n'a rien d'absolu : il n'est qu'un schéma d'ensemble.

	Etiologie	Histologie	Localisation	Adhérence a la peau	Evolution
Maladies de Mondor	Traumatismes. Infections.	Endophlébite et périphlébite aboutissant dans les cas les plus typiques, à la formation d'un tractus fibreux sans trace de vaisseau.	Thorax. Sein. Abdomen. Membre supérieur. Membre inférieur.	Fréquente.	Affection bénigne. Résorption sans séquelles.
Phlébites « fil de fer »	Tuberculose grave.	Endophlébite sans signature nodulaire ni cellules géantes.	Veines tégumentaires du mollet. Saphène interne. Membre supérieur. Jamais au thorax.	Absente.	Affection bénigne en soi, mais de mauvais pronostic en ce qui concerne l'affection causale.

SCHÉMA DU RÉSEAU VEINEUX SUPERFICIEL THORACO-ABDOMINAL
(simplifié d'après TESTUT et JACOB)



1, veine médiane xiphoïdienne tégumenteuse;
2, veine tégumenteuse principale;
3, veine thoracique longue;
4, veine saphène interne;
5, veine fémorale;
6, artère fémorale;
7, anastomose avec les veines mammaires internes;
8, veine humérale;
9, anastomose avec les veines épigastriques;
10, anastomose avec les veines intercostales;
11, veine cervico-axillaire;
12, vers les veines cervicales.

RAPPEL ANATOMIQUE DE LA CIRCULATION VEINEUSE SUPERFICIELLE DE LA PAROI THORACO-ABDOMINALE ANTÉRIEURE.

Le réseau veineux superficiel de la paroi thoraco-abdominale antérieure est essentiellement irrégulier. Il est toutefois possible de distinguer quelques éléments constants :

1° La veine tégumenteuse principale et la veine thoracique longue, dont l'union constitue la veine thoraco-épigastrique longue. Ce canal anastomotique relie, sur le côté du tronc, la veine axillaire à la veine fémorale.

2° La veine honteuse externe.

3° La veine médiane xiphoïdienne tégumenteuse.

4° Les veines mammaires externes et, parmi elles, la veine cervico-axillaire, assez constante.

Cette circulation veineuse superficielle est unie à la circulation veineuse profonde, par des anastomoses :

1° Au niveau de l'ombilic, les veines tégumenteuses principales communiquent avec les veines épigastriques et les veines para-ombilicales;

2° Au même niveau, la médiane xiphoïdienne s'anastomose avec les veines ombilicales et, au niveau de l'appendice xiphoïde, avec les veines mammaires internes;

3° Au niveau des espaces perforés, les veines mammaires externes s'unissent aux veines intercostales et aux veines mammaires internes.

Grâce aux anastomoses qui l'unissent aux veines fémorales, aux veines du cou et de l'aisselle, aux veines profondes de la paroi thoraco-abdominale et aux veines para-ombilicales, ce réseau va constituer une voie de garage pour le sang en excès, lors, par exemple, d'une compres-

sion des veines caves ou d'un obstacle à la circulation porte. C'est ainsi que se constituent les circulations collatérales abdomino-thoraciques.

Dans bon nombre d'observations, nous relevons que la maladie de Mondor affecte un vaisseau qui se superposerait à la veine thoracique longue et même au tronc thoraco-épigastrique.

Mais cette localisation n'est pas exclusive : la maladie de Mondor peut altérer d'autres vaisseaux. L'aspect ainsi réalisé rappelle, au moins grossièrement, certains types de circulations collatérales. La ressemblance est frappante en ce qui concerne la circulation collatérale de type « porte pure », 2e variété (fig. 11), et la forme réticulaire de la maladie de Mondor. La similitude est grande également entre la circulation collatérale du type « cave supérieure »

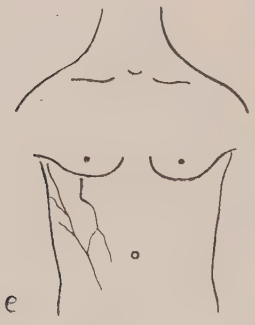


Fig. 11.

Une partie de la circulation « porte pure », 2e variété.

Fig. 12.

Une partie de la circulation « cave supérieure ».

et le long cordon qui va de la base du sein à l'arcade crurale que décrivent quelques auteurs (voir fig. 12).

veines ectasiées, d'une part, et de veines thrombosées de

Nous n'oublions pas, bien entendu, qu'il s'agit là de veines ectasiées, d'une part, et de veines thrombosées de l'autre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ferons, pour ce chapitre, de très larges emprunts à l'article de Mondor et Ivan [24] sur l'anatomie pathologique des thrombophlébites et des périphlébites de la paroi thoracique antérieure.

1° Le premier aspect que décrivent les auteurs répond aux caractéristiques suivantes :

— Une thrombose veineuse plus ou moins complète constitue l'axe du cordon;

— La tunique vasculaire est en partie sclérosée;

— Le thrombus, bien que récent, est assez perméable (présence de néo-vaisseaux);

— Il n'y a pas de périphlébite : les lésions sont uniquement endovasculaires.

2° A l'opposé de cet aspect, la thrombose peut être massive, les néo-vaisseaux absents, la périphlébite importante;

3° Très souvent, la périphlébite domine. La lésion, dans son ensemble, est alors constituée par un cordon fibreux que centre une petite veine, elle même atteinte d'endophlébite. La lumière veineuse est évidemment rétrécie mais il n'y a jamais de thrombose complète.

4° Dans certains cas, la périphlébite peut s'étendre davantage. C'est ainsi que se trouve réalisé l'enserrement de vaisseaux de calibre plus petit, des capillaires en général.

Le même processus isole des îlots de tissu adipeux. Celui-ci est en voie de régression : par places, son aspect évoque

la cyto-stéato-nécrose. Il est possible d'observer des éléments collagènes sur le point d'être résorbés par les histiocytes que l'on trouve à leur proximité.

Le tissu conjonctif est donc d'allure embryonnaire : pas de fibres collagènes, abondance d'histiocytes.

Surtout, « on ne décèle aucun infiltrat réactionnel lymphocytaire pouvant indiquer un processus de nature inflammatoire ou infectieux ».

5° Les progrès continuels du processus lésionnel vont être tels qu'il sera impossible de préciser la nature du vaisseau initial. La tunique musculaire veineuse a disparu. La lumière est réduite à une fissure irrégulière. Seule la périphérie est manifeste.

L'on peut observer de nombreuses fibres sympathiques groupées en réseau. Elles sont intimement mêlées à des fibres conjonctives et à des histiocytes hypertrophiés d'allure épithélioïde. Cet aspect, font remarquer les auteurs, évoque certaines productions glomiques. Ils pensent qu'il est en relation avec la régression complète des fibres musculaires de la tunique moyenne.

6° Enfin, toute trace de vaisseau va disparaître. Le cordon sera uniquement constitué de tissu conjonctif de type embryonnaire. L'imprégnation argentique des préparations met en évidence, au sein de ce cordon, des fibres de réticuline : il y avait là des vaisseaux.

Remarques :

Au n° 4, nous voyons que Mondor met en évidence l'absence d'inflammation histologique : pas d'amas lymphocytaires ni de cellules géantes. Or, Michel et Saint-Paul [18] décrivent justement, à propos des vascularites « fil de fer », « une inflammation interstitielle discrète au sein de laquelle se trouvent des amas lymphocytaires avec, parfois, de très belles cellules géantes ».

Il y aurait donc là une opposition intéressante, mais :

— Chez un malade de Latarjet, la maladie de Mondor

— une phlébite du sillon delto-pectoral en l'occurence se traduisait histologiquement par la thrombose d'une veine à paroi inflammatoire [9] ;

— Il semble bien que, pour Favre [5], l'aspect habituel des vascularites « fil de fer » soit celui que leur décrit Huc, c'est-à-dire celui d'une endo-phlébite sans signature nodulaire ni cellules géantes [10].

Au n° 5, il est parfois difficile de préciser la nature du vaisseau, dit Mondor. C'est ce que nous relevons également dans l'article de Lunn et Potter : la distinction est difficile entre phlébite et artérite [14]. Pour Hugues [14], mieux vaut parler d' « angéite ». Lunn et Potter pensent toutefois qu'il s'agit bien d'une phlébite.

Concluons, avec Funck-Brentano, à la diversité anatomopathologique de la maladie de Mondor [8].

CONCLUSIONS

Ce qu'il est généralement convenu d'appeler aujourd'hui maladie de Mondor est bien une « thrombo-phlébite ou une péri-phlébite de la paroi thoracique antérieure », selon les termes mêmes, actuels, de son auteur [24].

C'est une phlébite superficielle, en cordon, sans troubles fonctionnels importants, sans œdème ni circulation collatérale, sans complications emboliques, d'évolution bénigne et de résorption totale; les traumatismes légers ou importants et les efforts musculaires semblent représenter les étiologies les plus fréquemment admises.

Ses caractères sémiologiques la rapprochent certainement des phlébites dites « fil de fer », observées aux membres inférieurs au cours de tuberculoses graves.

Mais sa localisation habituelle au thorax et les circonstances évolutives qui l'accompagnent apparaissent comme des critères suffisants d'individualisation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
R. SARIC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 Juillet 1955
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bernard (L.), Salomon (M.) & Costes. — Les phlébites superficielles des membres supérieurs chez les tuberculeux. *Annales de Méd.*, 1922, **5**, 346-355.
2. Braun-Falco (O.). — *Dermatologische Wochenschrift*, 1953, vol. 127, n° 22, p. 506.
3. Chevrier. — Sur un cas de maladie de Mondor de localisation atypique. *Mém. Acad. Chirurgie*, 1951, **12** et **13**, 347-348.
4. Enjalbert, Ruffie & Commanay. — Un cas de phlébite thoracique antérieure (maladie de Mondor). *Presse Médicale*, 1948, **69**, 834.
5. Favre & Sédaillan. — Sur deux formes anatomo-cliniques d'altération des vaisseaux superficiels chez les tuberculeux : angéites segmentaires résolutives, vascularites « fil de fer » des tuberculeux. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1929.
6. Favre. — Les thrombo-phlébites et péri-phlébites de la paroi thoracique. *Presse Médicale*, 1952, **4**, 79.
7. Ferron (E.) (Pau) & Sénéchal (J.-J.) (Asson). — Deux cas de maladie de Mondor. *Bordeaux Chirurgical*, 1949, **2**, 60-61.
8. Funck-Brentano. — Deux observations de Pascalides (Mytilène). *Mém. Acad. de Chirurgie*, 1951, **31** et **32**, 982-983.
9. Funck-Brentano. — Phlébite en cordon du sillon delto-pectoral (observation de Latarjet). *Mém. Acad. Chirurgie*, 1951, **16** et **17**, 530-533.
10. Huc (A.). — Contribution à l'étude anatomo-clinique de certains types de vascularites chez les tuberculeux, et particulièrement de phlébite. Thèse, Lyon, 1930.
11. Küss. — Nouveau cas de maladie de Mondor (observation de Kapitanoff [Sofia]). *Mém. Acad. Chirurgie*, 1950, **34** et **35**, 945-947.
12. Leger. — Phlébite en cordon de la paroi antérieure latérale du thorax (maladie de Mondor). *Presse Médicale*, 1947, **73**, 849-851.

13. Lesne (E.) & Ravaut (P.). — Recherches expérimentales sur la phlébite des tuberculeux. *Semaine Médicale,* 1900, **42,** 340-341.
14. Lunn (G. M.) & Potter (J. M.). — La maladie de Mondor, phlébite sous-cutanée de la région mammaire. *British Medical Journal,* 1954, **4870,** 1074-1076.
15. Martinet & Brillard. — Phlébite en cordon du sillon delto-pectoral. *Mém. Acad. Chirurgie,* 1950, **20** et **21,** 598-600.
16. Ménégaux. — La lymphangite et l'adénite. *Manuel de Pathologie Chirurgicale,* **1,** 80-85.
17. Ménégaux. — La thrombo-phlébite du membre supérieur, dite « par effort ». *Manuel de Pathologie Chirurgicale,* **1,** 675-679.
18. Michel & Saint-Paul. — Les phlébites superficielles filiformes. *Journal de Méd. de Lyon,* 1951, **757,** 697-704.
19. Mondor (H.). — Longue angéite sous-cutanée et indurée de la paroi thoracique. Livre jubilaire du Professeur Tixier, 1939.
20. Mondor (H.). — Tronculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale. *Mém. Acad. Chirurgie,* 1939, **28,** 1271-1278.
21. Mondor (H.). — Phlébite en cordon de la paroi thoracique. *Mém. Acad. Chirurgie,* 1944, **9, 10** et **11,** 96-98.
22. Mondor (H.). — Phlébite de la paroi thoracique (observation de Calvet). *Mém. Acad. Chirurgie,* 1944, **33** bis, 445-446.
23. Mondor (H.). — *Revue trimestrielle de l'U. M. F. I. A.,* 1950, n° 148, 107.
24. Mondor (H.) & Ivan (B.). — Thrombo-phlébites et péri-phlébites de la paroi thoracique antérieure. *Presse Médicale,* 1951, **74,** 1533-1535.
25. Mondor (H.). — Thrombo-phlébites et péri-phlébites de la paroi thoracique (réponse à Favre). *Presse Médicale,* 1952, **4,** 79.
26. Nyelander. — *Wiener Med. Woch.,* 1941, **91,** n° 47, 955.
27. Pasteur Valléry-Radot, Hamburger (J.) & Lhermitte (F.). — Thromboses veineuses des membres. *Pathologie Médicale,* **1,** 266-276.
28. Sicard. — Phlébite en cordon de la paroi thoraco-abdominale (rapport des observations de E. Perrin). *Mém. Acad. Chirurgie,* 1947, **3** et **4,** 94-97.
29. Sicard. — Phlébite en cordon de la paroi thoracique (rapport d'une observation de Mazingarbe). *Mém. Acad. Chirurgie,* 1947, **12** et **13,** 255-256.
30. Sicard. — Six observations de M. G. Kapitanoff (Sofia) ; une observation de Touzard et Darbon (Armée) ; trois observations personnelles. *Mém. Acad. Chirurgie,* 1950, **34** et **35,** 939-945.

31. Thomas (A.). — A propos de la maladie de Mondor. *Presse Médicale*, 1952, **4**, 78-79.
32. Tournay. — A propos d'un cas de la maladie de Mondor. *Presse Médicale*, 1950, **48**, 859.
33. Testut & Jacob. — Régions thoraciques pariétales. *Traité d'Anatomie topographique*, **1**, 799-802.
34. Werner. — A propos de la maladie de Mondor. *Presse Médicale*, 1949, **1**, 14; **12**, 166.

Bordeaux. — Impr. E. Drouillard, 3, place de la Victoire.